BEITRAG ZUR AETIOLOGIE

DER

RETROVERSIO UTERI GRAVIDI.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

UNTER ZUSTIMMUNG DER HOCHLOEBL. MEDICINISCHEN FACULTAET ZU MARBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTOR-WUERDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE

EINREICHT UND

AM 20. FEBRUAR 1875

OEFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

W. BRAND

PRACT. ARZT.

MARBURG.

N. G. ELWERT'SCHE UNIVERSITAETS-BUCHDRUCKEREI.

1875.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0212

Zwei interessante, in der Praxis des Herrn Privatdocenten Dr. Hueter zu Marburg beobachtete Fälle von retroversio uteri gravidi mit Inkarcerationserscheinungen leiteten mich, da sie besonders hinsichtlich der Aetiologie, dieser den Schwangeren oft verderblichen Krankheit von Wichtigkeit sind, auf den Vorsatz über die Ursachen derselben meine Dissertation zu schreiben.

Im Voraus sei hier gleich bemerkt, dass mit retroversio uteri gravidi der Fall gemeint ist, wo die schwangere Gebärmutter in toto im kleinen Becken nach der Kreuzbeinaushöhlung überfällt und indem sie dort bei der ferneren Volumenszunahme nicht Raum genug findet und am Hinaufsteigen in's grosse Becken gehindert ist, zu allerlei bedenklichen Erscheinungen führt. Wir sehen also ab von der „partiellen Retroversion" von Kiwisch[1]) und Scanzoni[2]), worunter eine sackförmige Ausbuchtung der hinteren, unteren Uteruswand in den Douglas'schen Raum verstanden wird, die bei vorn übergeneigtem Fundus durch den nach rückwärts in die Kreuzbeinaushöhlung abweichenden Kindskopf erzeugt wird. Diese Erscheinung kommt nur in späteren Schwangerschaftsmonaten zur Betrachtung, wenn die Wandungen des Uterus dünn sind und die Frucht gross und resistent genug, um die erwähnte Formveränderung des ersteren herbeizuführen.

Schon zu Hippokrates Zeiten war die Rückwärts-Neigung und Beugung der schwangeren Gebärmutter bekannt, doch ist

1) Prager Vierteljahrschr. 1844, pag. 37.
2) Lehrb. der Geburtsh., II. Bd., pag. 38.

die ältere Literatur arm an Berichten über diese durchaus nicht so seltene Krankheit. Nachdem im Laufe des 18. Jahrhunderts vorzüglich französische Autoren, unter ihnen Desgranges und Vermandois, das Thema wieder angeregt hatten, war es Hunter, der 1776 eine grössere Arbeit lieferte und besonders über die Entstehung der Rückwärtsbewegung sich aussprach. Er geht von einer primären Stauung des Urins in der Blase aus, welche eine solche Ausdehnung erfährt, dass sie mit ihrer hinteren Wand sich an den fundus uteri anlehnend letzteren nach abwärts drängt, so also eine Retroversion erzeugt. Während nun in den meisten Fällen — zumal wenn bei geräumigem Becken und besonders Beckeneingang eine hinreichende Menge von Fett vorhanden ist, um die Wandungen desselben geschmeidig und glatt zu machen — durch zufällige Bewegungen der Frau der Uterus emporgerichtet wird, kann unter geeigneten Umständen dieses Emporrichten verhindert werden und der vergrösserte und sich vergrössernde Uterus im kleinen Becken eingesperrt bleiben. Zu solchen Umständen rechnet er vorzüglich die Beckenform, bei der der Ausgang weit, der Eingang schmal ist. Die weite Kreuzbeinaushöhlung setzt dann dem Umfallen der Gebärmutter nach hinten einen geringen oder gar keinen Widerstand entgegen, während der enge Beckeneingang, ein stark vorspringendes Promontorium, eine prall gefüllte Harnblase es nicht zulassen, dass die nach der Kreuzbeinhöhlung umgefallene Mutter sich aus ihrem Gefängnisse freiwinde und emporsteige. Durch den beengenden Druck ferner, den der nun retrovertirte Uterus auf den Mastdarm ausübt, wird der Durchtritt der Fäkalmassen verhindert und auf diese Weise das Uebel noch bedeutend verschlimmert.

Dieser Hunter'schen Theorie über die Entstehung unserer Krankheit schlossen sich die meisten an, besonders in England ward sie weit und breit angenommen. Sie zählt zu ihren damaligen Anhängern unter Anderen Lee, Ramsbotham und Meips. Nachdem noch Simpson sich für die H'sche Ansicht

ausgesprochen hatte, war es zuerst Tyler Smith, der dieselbe heftig angriff. Er verwarf die Anfüllung der Harnblase als Ursache und stellte auf Grund zahlreicher Beobachtungen die Behauptung auf, dass die Retroversion nicht erst in der Schwangerschaft entstanden sei, sondern bereits vor derselben bestanden habe. Vergrössert sich, so sagt er, der retrovertirte Uterus, so erhebt sich zuerst die vordere Fläche desselben und zieht, wenn der Beckeneingang die gehörige Weite hat, den Muttergrund allmählig nach sich, worauf die Schwangerschaft normal verlaufen kann. Kommt es jedoch wegen Enge des Beckeneinganges und stark vorspringenden Promontoriums nicht zu dieser spontanen Reposition, so übt der wachsende Uterus mit seinem Cervix einen nachtheiligen Druck auf den Blasenhals aus; auf solche Art entsteht erst secundär die Urinstauung und die oft enorm ausgedehnte Blase steigert das Uebel immer mehr, indem sie in die Höhe steigend, den cercix nach sich zieht.

Obschon die Theorie von Tyler Smith die Meisten auf ihre Seite gewann, blieben doch manche, die sich von der H'schen Ansicht nicht ganz lossagten. Unter ihnen war es Skinner[1]), der auf eine Statistik von 63 Fällen sich stützend die alte Theorie in ihre Rechte einzuführen suchte, ohne diejenige von Tyler Smith ganz über den Haufen zu stossen. Er sagt, die Retroversion oder Flexion kann vor der Conception bestanden haben, sie kann aber auch während der Schwangerschaft entstehen. In letzterem Falle wird sie herbeigeführt durch Trauma, vergrösserte, überfüllte Harnblase, geeignete Beckenform bei erschlafften Uterusbändern und plötzliche, heftige Einwirkung der Bauchpresse, wie beim Uriniren, Drängen, Husten, Erbrechen u. s. w.

Ehe wir weiter in unserer Betrachtung gehen, sei es mir gestattet, über die beiden in Marburg beobachteten Fälle Bericht zu erstatten:

---

1) Schmidt's Jahrbücher 1862, pag. 49.

Krankengeschichten.

I. Fall.

E. N. in S., 36 Jahre alt, hat 4 Kinder, das letzte vor Jahren ohne Kunsthilfe geboren. — Am Anfang 1874 menstruirt die Frau zuletzt und concipirte bald darauf. Bis zur Mitte de Monats Mai fühlte sie sich vollständig gesund. Zu dieser Zei bekam sie eine lästige Druckempfindung in dem Becken, Kreuz schmerzen und auch zeitweilige Schmerzen im Unterleib. An meisten aber wurde sie dadurch belästigt, dass sie häufiges Drängen zum Harnlassen bekam und dass die Harnentleerung nur mit grosser Anstrengung möglich war. Am 17. Mai hatte die Harnentleerung in natürlicher Weise zuletzt stattgefunden die Quantität des abgegangenen Harns war gering gewesen.

Am 18. Mai nahmen die Schmerzen im Unterleib sehr zu Die Harnentleerung konnte nicht mehr geschehen, obwohl der Drang zum Harnlassen immer fortbestand. Die Hebeamme versuchte vergeblich mit einem metallenen Katheter die Harnblase zu entleeren.

Am 19. Mai fand Herr Dr. Hueter eine bedeutende Anschwellung des Unterleibs. Die Berührung desselben war überall schmerzhaft. Bei der Perkussion fand man den fluktuirenden Tumor in kugeliger Abgrenzung die Nabelhöhe einige Finger breit überragen. Die Nabelgegend war sehr schmerzhaft; die Einführung eines elastischen Katheters war mit grossen Schwierigkeiten verbunden, gelang indessen bei dem dritten Versuch, worauf eine sehr grosse Menge Harn abfloss. Der Tumor des Unterleibs verkleinerte sich unter dem Abfluss des Harns immer mehr. Noch vor der völligen Entleerung der Harnblase fand man per vaginam einen Tumor, der sehr tief in das Becken hineinragte. Der Muttermund wurde anfangs vergeblich gesucht, bis es endlich, nachdem die Harnblase völlig entleert war, bei der zusammengesetzten Untersuchung gelang, die Vaginalportion hoch über der Symphyse zu fühlen. Die Muttermundsöffnung hatte die Richtung nach oben, statt nach unten. Beim Ein-

drücken oberhalb der Symphyse fühlte man einen Tumor, der die Ebene des Beckeneinganges nur wenig überragte. Die Zusammengehörigkeit dieses mit dem tief im Becken befindlichen Tumor war ausser Zweifel. Bei dem Betasten des Tumors per vaginam fühlte man deutlich Bewegungen des Fötus. Es war dadurch sicher gestellt, dass man es mit einer hochgradigen retroversio uteri gravidi zu thun hatte. Der Uterus schien im Becken ganz immobil. Das Drücken mit zwei Fingern von der hinteren Vaginalwand änderte die Lage des Uterus durchaus nicht. Es wurde nun die Frau mit stark erhöhter Kreuzgegend gelagert. Darauf wurde die ganze linke Hand in die Vagina eingeführt, und es gelang nach wiederholten Versuchen, die Reposition des retrovertirten Uterus zu Stande zu bringen. Als diesgelungen war, fühlte man den Uterus mit seinem Fundus handbreit die Symphyse überragen.

Die Beschwerden waren dadurch völlig beseitigt. Die Hebeamme erhielt die Weisung, den Urin mit dem Katheter zu entleeren, wenn die natürliche Harnentleerung ausbleiben sollte.

Am 20. Mai glaubte die schwangere Frau, dass die künstliche Harnentleerung nicht nöthig sei, weil sie keine Schmerzen habe. Am Abend dieses Tages traten wieder starke Schmerzen ein. Die Hebeamme versuchte vergeblich den Katheter anzulegen. In Folge dessen fand man daher am 21. Mai bei der Frau die Harnblase ebenso angefüllt und den schwangeren Uterus ebenso retrovertirt, als am 19. Mai. Die Behandlung war dieselbe, wie an dem letztgenannten Tage, die Reposition des schwangeren Uterus bot sogar weniger Schwierigkeit, als 2 Tage zuvor.

Damit nun in Folge der erneuerten Füllung der Harnblase ein Recidiv des Uebels sicher verhütet würde, blieb der Katheter in der Harnblase liegen. Er wurde mit zwei Bändchen je an einem Oberschenkel befestigt. Am 23. Mai fand man den Uterus in dem Bauchraum, der Katheter wurde entfernt und die Frau konnte in natürlicher Weise den Harn entleeren.

Die Frau bekam, ohne dass sie das Bett verlassen hatte,

am 28. Mai gegen Morgen Wehen, welche immer heftiger wurden, so dass um 12 Uhr Mittags der Fötus ausgestossen wurde. Die Anwesenheit von Herrn Dr. Hueter bei der Gebärenden war um 3 Uhr nothwendig, weil die Placenta noch nicht abgegangen und die Frau zu viel Blut verloren hatte. Die Frau war in einem mässig anämischen Zustande. Reibungen des Uteerus waren nicht im Stande, den Abgang der Nachgeburt aus dem Uterus zu veranlassen. Da der Blutabgang andauerte, wurde die Frau mit erhöhter Kreuzgegend gelagert und Herr Dr. Hueter führte den Zeige- und Mittelfinger der linken Hand in den Uterus. Mit diesen beiden Fingern wurde der grösste Theil der links an der Uterinwand ansitzenden Placenta abgelöst und dieselbe aus der Vagina herausbefördert. Mit den beiden Fingern konnte sich der Operateur überzeugen, dass eine Retention von einem Theil der Placenta im Uterus nicht vorhanden war. Die Inspection von der Placenta ergab, dass der Theil derselben, welcher fast adhärent gewesen war, mehr oder weniger zerrissen erschien. An einer Stelle erschienen jedoch die kleinen Cotyledonen völlig defect, aber es hing ihnen ein ziemlich starkes Blutcongulum an, welches eine viel dunklere Farbe als das übrige, der Placenta anhaftende Blut hatte.

Die Frau blieb in dem Wochenbett gesund. — Im Januar d. J. erkrankte sie an einer Pneumonie. Bei der Behandlung dieser Krankheit nahm Herr Dr. Hueter die Untersuchung per vaginam vor und fand bei derselben den Uterus retroflectirt. Die Frau ist von der Pneumonie wieder genesen.

II. Fall.

A. N. aus C., 42 Jahr alt, Mutter von 6 Kindern, von denen das letzte vor 10 Jahren geboren ward. Patientin präsentirte sich zuerst am 3. Juli 1874 mit Klagen über gestörtes Allgemeinbefinden.

Die Anamnese ergab, dass P. sich bis dahin immer wohl befunden, besonders keine Beschwerden empfunden hatte, die auf eine Erkrankung der Sexualorgane schliessen liessen. Ihre

Menstruation war regelmässig, bis sie seit Anfang Mai ausblieb. Seit dieser Zeit klagte die Frau über gestörtes Allgemeinbefinden, Appetitmangel, Gefühl von Druck im Unterleib, zeitweilige kardialgische Beschwerden und Kreuzschmerzen. Besonders waren es die Schmerzen, die in letzter Zeit sich verschlimmert hatten. — Die innere und äussere Untersuchung der etwas anämisch aussehenden Frau ergaben einen retroflectirten und vergrösserten Uterus. Als Ursache der Vergrösserung wurde Gravidität angenommen. Es wurde ein Pessarium eingelegt, worauf die Frau augenblickliche Erleichterung verspürte; innerlich wurde tinct. ferr. acet. aeth. und tinct. valer. aa 10,0 verordnet.

Am 17. desselben Monats erschien die Frau zum zweiten Mal mit Klagen über erschwerte Defäkation und häufiges Drängen zum Urinlassen. Die Menstruation war nicht wieder eingetreten. Der Uterus wurde trotz des Pessariums noch in leichter Retroflexion gefunden, bei tiefem Eindrücken war er oberhalb der Symphyse fühlbar. Es wurde verordnet tinct. ferr. pomat. 10,0, tinct. rhei vin. 5,0.

Am 1. August wurde zum dritten Mal die combinirte Untersuchung vorgenommen. Der Uterus wurde noch immer rückwärts lagernd gefunden und im Vergleich zu früher deutlich vergrössert, so dass die Diagnose auf Gravidität immer mehr an Sicherheit gewann. Das Pessarium blieb liegen und sollte noch 14 Tage weiter getragen werden.

Am 11. August steigerten sich die früheren Beschwerden bedeutend. Neben erschwerter Defäkation bestand ein unerträglicher Drang zum Uriniren, wobei nur immer eine ganz unbedeutende Quantität Harn entleert wurde. Bei der Untersuchung vermochte man den Uterus in grosser Ausdehnung durch das hintere Vaginalgewölbe zu fühlen; der Muttermund befand sich dicht an der Symphyse. Dabei wurde die Harnblase als ein fluktuirender, praller Tumor bis fast an den Nabel reichend gefunden. Es wurde ohne Mühe der elastische Katheter eingeführt und eine kolossale Menge Urins entleert. Hierauf wurde

die Emporrichtung des Uterus mit Mittel- und Zeigefinger zuerst von der Vagina, dann vom Rectum aus, vergeblich versucht. Erst in der Chloroformnarkose gelang die Reposition bei Seitenlagerung der Frau mit zwei Fingern per rectum. Die Beschwerden hörten sofort auf, kehrten jedoch am 13. August zurück. Es wurde ein Recidiv constatirt, die Reposition gelang indessen diesmal ohne Anwendung von Chloroform leicht mittelst zweier in die Vagina eingeführter Finger. Da die Hebeamme jetzt regelmässig katheterisirte, blieb ein drittes Recidiv aus.

Die Schwangerschaft verlief, soviel bekannt, normal; die Frau verspürte seit October Kindsbewegungen, wurde dann aber aus den Augen verloren. —

Obschon in den vorliegenden Fällen der directe Nachweis fehlt, dass die Retroversion das Primäre sei, so ist dies doch mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Wie sollen wir uns sonst die Entstehung der Urinretention denken? Dieselbe entstand, wie aus der Anamnese hervorgeht, in beiden Fällen allmählig. Einen Krampf des sphinctor vesicae oder eine Lähmung des detrusor urinae können wir hier ebensowenig als primäre Ursache der Urinstauung beschuldigen, als einen von der Urethra fortschreitenden Catarrh. Es bleibt fast nichts übrig, als eine primäre Retroversion als Ursache anzunehmen. Dieselbe führt durch Druck und Zerrung des Blasenhalses zu oedematöser Anschwellung desselben, sowie des Anfangstheils der Urethra; hierdurch wird der Abfluss des Urins immer mehr beeinträchtigt, bis er schliesslich ganz behindert ist. Die Blase vergrössert sich in einer excessiven Weise und zieht, während sie in das Abdomen emporsteigt, die portio vaginalis mit sich in die Höhe, wodurch der fundus uteri genöthigt ist, nach der entgegengesetzten Richtung überzufallen. Es ist klar, dass wiederum der Druck der port. vag. auf den Blasenhals immer nachdrücklicher und nachtheiliger wird, wie überhaupt jetzt beide Momente, Urinstauung und Rückwärtsneigung sich gegenseitig unter die Arme greifen, um den Fehler möglichst vollständig zu

machen. Im weiteren Verlauf konnte es durch Druck des fundus uteri auf den Mastdarm zu Koprostase, und die angehäuften Fäkalmassen drängen nun ihrerseits auch noch den Muttergrund immer tiefer. Auf diese Weise ist die Gebärmutter zu einem zweiarmigen Hebel gemacht, dessen Drehpunkt in der Höhe des inneren Muttermundes ist. An dem vorderen Hebelarm übt die emporsteigende Harnblase einen Zug nach oben, auf den hinteren Arm übt der erweiterte Mastdarm mit seiner vorderen Fläche einen die Wirkung unterstützenden Druck nach abwärts. Ob auch die Harnblase mit ihrer hinteren Fläche direct den Fundus bedrängen kann, ist noch nicht sicher entschieden. (Scanzoni injicirte Wasser in die Harnblase und beobachtete dabei eine Spannungszunahme der Peritonäal-Duplicaturen zwischen Uterus und Blase, die das Rückwärtsfallen des Uterus verhindern sollen, eine Schlussfolgerung, die von Hohl[1]) angegriffen wird.) Durch starke Anwendung der Bauchpresse, wie sie in ihrer Angst von den Schwangeren meist in ganz bedeutender Weise geübt wird, wird die auf den hinteren Hebel wirkende Kraft in hohem Grade gesteigert. Es erscheint daher leicht begreiflich, wie die Gebärmutter schliesslich vollkommen retrovertirt, und ein Hinaufsteigen ins grosse Becken unmöglich ist.

So erscheint mir also die Annahme gerechtfertigt, dass die retroversio das primäre, die retentio das secundäre ist. Nun aber weiter kommen wir zu der Frage, warum so häufig Recidive beobachtet werden. Hier liegt die Sache anders. Die Urethra ist in ihrem oberen Theil oedematös durchtränkt, vielleicht sogar bei einigermassen hinreichender Dauer des Uebels, stärker entzündet und in den meisten Fällen durch Verbiegung auch noch ganz undurchgängig. Es ist leicht begreiflich, dass wenn nicht auf künstlichem Wege für genügende und wiederholte Entleerung gesorgt wird, bald die Blase wieder ihre alte Ausdehnung erfahren wird. Jetzt vermag sie, da der Uterus

1) Hohl: Lehrb. d. Gbtsh., pag. 319.

ganz gewiss seine Disposition zu Rückwärtsneigung noch nicht verloren hat, wenn man sich so ausdrücken darf, primär ein Recidiv zu erzeugen, indem sie die post. vag. mit sich in die Höhe reisst, vielleicht auch durch Druck auf den fundus uteri. Besonders bei unserem ersten Fall ist es ohne Zweifel die fortdauernde Harnretention, welcher eine grosse Schuld bei Entstehung des Recidivs beizumessen ist. Nachdem der Harn entleert, der Uterus zum zweiten Mal reponirt war, wurde nun regelmässig, neben entsprechender Lagerung, katheterisirt, und jetzt blieb auch ein weiteres Recidiv aus. Trefurt[1]) machte eine ähnliche Erfahrung. Er sah eine Retroversion, bei welcher bereits die Punktion des Uterus vorgeschlagen war, nach Ablassen des Urins später in die normale Lage zurückkehren, und da das Katheterisiren regelmässig wiederholt wurde, ein Recidiv ausbleiben. Auch diese Beobachtung scheint mir den Beweis zu liefern, dass die Urinretention in der Aetiologie der Entstehung von Recidiven eine grosse Rolle spielt, auch dass sie die bestehende Retroversion zu einer hochgradigen zu machen im Stande ist, nicht aber, dass sie das veranlassende Moment bei der Entstehung der Lageveränderung der Gebärmutter ist.

Saexinger[2]) theilt 2 Fälle mit, aus welchen direct hervorgeht, dass die retent. urinae so bestehen kann, ohne dass eine Retroversion als Recidiv die Ursache ist. In dem Fall „R. A., 37jähr. Conducteursgattin" musste die Katheterisation noch fortgesetzt werden, trotzdem dass die vorgenommene Untersuchung eine normale Stellung des Uterus ergab. In ähnlicher Weise bezeugt der folgende Fall „L. M., 22jähr. ledige Magd" wie die Retention fortdauert, obschon von Seiten des Uterus kein Bedrängen des Blasenhalses mehr statthatte.

Demnach existiren in der Literatur Beobachtungen, in denen die Urinstauung das ursprünglich Primäre gewesen sein soll.

1) Trefurt: Abhandlungen u. Erfahrungen. Göttingen 1844, pag. 270.

2) Dr. Säxinger: Ueber Uteruskrankheiten. Prager Vierteljahrchr. pract. Heilk. 1866, Band IV.

Croft [1]) berichtet über eine vorausgehende Urinretention in zwei Fällen, Hofmeier [2]) beobachtete eine Blasenlähmung, die die Ursache zu einer nachfolgenden retroversio uteri gr. war; doch liegt in keiner dieser Beobachtungen der Beweis, dass wirklich die Blasenlähmung eine primäre war. Eine ähnliche Mittheilung von Wohlgemuth [3]) liegt vor. Es handelt sich um einen durch Erkältung beim Scheuern bedingten, sich nach 5 Tagen wiederholenden Anfall von spastischer Ischurie, der zu Blasenlähmung und darnach zu secundärer Retroversion des Organs führte. Auch hier kann das Recht der Vermuthung nicht abgestritten werden, ob nicht von Seiten des bereits retrovertirten Uterus eine Zerrung, ein Reiz auf den Blasenhals ausgeübt wurde, der durch eine den Körper erschütternde Arbeit so vermehrt wurde, dass er erst secundär zu spastischer Ischurie und Ueberfüllung der Harnblase führte. Auch in Skinner's Tabelle befinden sich 5 Fälle, in denen der Urinstauung die alleinige Ursache zugeschrieben wird, und 26 Fälle, in denen sie neben anderen das veranlassende Moment für die Entstehung der Lageveränderung abgab. Doch auch hier wird der Vermuthung, ob nicht dennoch bereits eine Retroversion bestand, ein Recht nicht abgestritten werden können.

Wie mit der Urinretention, steht es auch mit der Koprostase. Auch sie kann nach einigen Autoren zur Retroversion führen. May [4]) führt in seiner Tabelle 3 Fälle an, bei denen Anhäufung von Fäkalmassen im Rectum, oberhalb des fundus uteri, und starkes Pressen beim Stuhlgang zu Retroversion führte. Ist es schon an und für sich nicht leicht denkbar, dass eine so starke Ausdehnung des Mastdarms möglich sei, dass derselbe den Uterus, vorausgesetzt, dass er in normaler Stellung ist, von vorn her angreife, um ihn nach hinten überzulegen —

1) Croft: London. Medic. Journ. Vol. XI. 1790.
2) Hofmeier: Monatsschr. f. Gebtsk. 1863. Bd. 22. pag. 82.
3) Wohlgemuth: Monatsschr. f. Gebtsk. 1853. Bd. I. pag. 401.
4) May: Dissertat. Giessen. 1869. pag. 32.

viel eher schon dürfte es in solchem Fall zur Bedrängung des Uterus nach vorne kommen — so erscheint es auch viel natürlicher, die Retroversion als das Ursächliche anzusehen.

Wenn also die Einklemmung und Koprostase, wenigstens in den bei weitem häufigsten Fällen, es nicht sind, was ist denn für gewöhnlich die Ursache der retroversio uteri gravidi?

Tyler Smith nimmt an, dass dieselbe bereits vor der Schwangerschaft bestanden habe, dass also ein retrovertirter Uterus geschwängert werde. Wenn wir in der Literatur durchblättern, so finden wir manche Retroversionen, in denen die Anamnese uns ohne Weiteres beweist, dass der Fehler bereits lange Zeit vor der Conception bestand, wenn auch nur in geringem Masse. Denn, sagt Simpson, »gewöhnlich macht das Vorhandensein einer Retroversion die Empfängniss unmöglich« und: »wenn eine Patientin mit retrovertirtem Uterus schwanger wird, so tritt leicht Abortus ein«. Hier kommt uns Martin zu Hülfe. Derselbe [1]) constatirt, die für unsere Antiologie äusserst wichtige Thatsache, dass man im zweiten Monat der Schwangerschaft den Scheidentheil bisweilen noch vorngerichtet und etwas tiefer stehend, dahinter, nach der Kreuzbeinaushöhlung zu, die bereits ausgedehnte hintere Wand des Gebärmutterkörpers trifft, dem Schambogengewölbe findet, also eine physiologische Retroversion. Diese physiologische Retroversion wird in einer vorzüglichen Entwickelung der hinteren Uteruswand zu begründen gesucht. Im dritten Monat geht vorzüglich durch Contraction der runde Muskelfasern enthaltenden runden Mutterbänder die Retroversion in eine leichte Anteversion über. Spiegelberg [2]) hat experimentell, indem er einer Enthaupteten kurz nach dem Tode einen Inductionsstrom durch den Uterus leitete, nachgewiesen, dass durch die Contraction der runden Bänder der Uterus aufgerichtet wird. Es ist einleuchtend, dass

1) Martin: Jenaische Annalen für Physiol. u. Med. 1849. 1. Bd. 1. Hft.
2) Spiegelberg: Monatsschr. f. Geburtsk. 1864. 1. Heft. pag. 24.

wir es hier mit einem wichtigen Momente zu thun haben. Bleibt nämlich die Contraction der runden Mutterbänder aus, sei es, dass dieselben verlängert, oder erschlafft sind, so bleibt die Rückwärtslagerung bestehen und die Frau ist dann den Gefahren der Urinverhaltung und ihrer Consequenzen, wie erwähnt, ausgesetzt. Also die Erschlaffung der Uterusbänder ist für uns, wie es übrigens auch von fast allen Autoren angegeben wird, ganz gewiss von hohem Interesse.

Nach der von May aufgestellten Sammlung von 110 Fällen betrifft die in Rede stehende Lageveränderung 97 multipar. und 13 primipar. Die zum viertenmal Schwangeren stellen das grösste Contingent, von ihnen bis zu den zum 15ten Mal Schwangeren aufwärts nimmt die Zahl der Retroversionen ab. Mit dieser Statistik stimmt die von Skinner [1]) überein, in welcher von 38 Retroversionen 29 bei multipar. und 9 bei primipar. beobachtet wurden. Die Berechnung ergibt in ca. 81 pCt. Retroversion bei multipar., woraus fast mit Sicherheit hervorgeht, dass Frauen, welche viel geboren haben, eher disponirt sind, als solche die einmal geboren haben. Und zwar ist es naheliegend, die Ursache in der durch viele Geburten bedingten Erschlaffung der Mutterbänder, besonders der runden Bänder zu suchen. Zu derselben Vermuthung leitet uns der Umstand, dass bei älteren und decrepiden Frauen häufiger retroversio uteri gravidi gefunden wird, als bei jüngeren und robusten Personen. Auch die Senkung der Gebärmutter und noch mehr der mit ihr in engster Beziehung stehende Vorfall der hinteren Vaginalwand ist zu dieser Kategorie zu zählen, da beide nicht selten mit unserer Krankheit in Zusammenhang gefunden werden [2]).

Ueber complicirende Genitalleiden liegt ausser dem erwähnten Scheidenvorfall nur wenig statistisch festgesetztes vor. In

1) Skinner: Schmidt's Jahrbücher. 1862. pag. 52.

2) Fr. C. Naegele: Erfahrg. u. Abhdl. auf d. Gebiete d. Krankh. d. weibl. Geschl. Mannheim 1812.

4 Fällen von Martin war chronische Kolpitis und Metritis vorhanden, in einem Fall ein narbiger Dammriss, in einem andern Syphilis. In Anbetracht der geringen Zahl hierher gehöriger Beobachtungen muss es dahin gestellt bleiben, ob die Genitalerkrankung eine Bänderverschlaffung erzeugte, welche Disposition zu der nachfolgenden Lageveränderung der Gebärmutter gab.

So einleuchtend es ferner erscheint, eine bestehende Adhäsion der hinteren Uteruswand, oder eine Geschwulst in der Bauchhöhle, oder dem grossen Becken, die die Aufrichtung des Uterus hindert, mit in die Zahl der ätiologischen Momente zu zählen, so sind doch in dieser Beziehung nur ganz vereinzelte Erfahrungen gemacht.

Auch hinsichtlich der Beschaffenheit des Beckens ist nur weniges zu ermitteln. Das Hunter'sche Raisonnement, dass ein Becken mit engem Eingang, stark vorspringendem Promontorium, tiefer Kreuzbeinaushöhlung und weitem Beckenausgang besonders geeignet sei, eine Retroversion zu Stande kommen zu lassen, erscheint theoretisch ganz annehmbar, insofern der Uterus um so eher gehindert werden dürfte, sich aus einer bestehenden leichten Retroversion emporzurichten. Doch sind praktische Erfahrungen hier sehr unzureichend, die Beobachtungen theils mangelhaft, theils ganz von einander abweichend. Verschiedene Berichte liegen vor über Retroversion bei rhachitischen, wie überhaupt verengten Becken. In dem Fall von P. Müller[1]) handelt es sich um ein durch Osteomalacie hochgradig verengtes Becken. Dagegen constatirte Martin in verschiedenen Fällen ein Becken, das in allen Durchmessern weit war. Wir sind also auch hier auf dem Wege wirklich erfahrener Thatsachen durchaus nicht berechtigt, eine bestimmte Beckenform für eine praedisponirende Anlage zu erklären.

Die plötzlich einwirkenden Schädlichkeiten sind von Manchen benutzt, um die Eintheilung der Rückwärtsneigungen in

1) P. Müller: Beiträge z. Gebtsh. u. Gynäkol. 1874. III. Bd. 1. Hft. pag. 67.

acut und chronisch verlaufende zu machen. Sind schon die Beobachtungen der letzteren bei weitem die häufigeren, so glaube ich auch Martin beistimmen zu müssen, dass eine solche Eintheilung nicht in allen Fällen durchführbar sei, eine Ansicht, welche durch die Antiologie des Uebels unterstützt wird. Unter die äusseren einwirkenden Schädlichkeiten ist besonders das Tragen schwerer Lasten, wie überhaupt heftige körperliche Anstrengung als unmittelbar der Retroversion vorausgehend öfter verzeichnet. Ein Fall auf den Steiss wurde mehrmals constatirt, ebenso ein Sprung zur Erde, rasches Bücken u. s. w.

Was die Zeit der Schwangerschaft betrifft, so stimmen alle Autoren darin überein, dass der 3. und Anfang des 4. Monats für das Auftreten der Symptome ganz besonders charakterisirt ist. Einige wenige Fälle sind bekannt, in denen dieselben länger dauerten. So berichten Macleod und Hofmeier über eine Retroversion, die bis zum 6. resp. 7. Monat währte; die längste Dauer, welche Martin sah, betrug bis zum 5. Monat. Ein merkwürdiger Fall von retroversio uteri gravidi kam Hecker[1]) zur Behandlung; die Lageveränderung führte im 6. Monat zu bedrohlichen Erscheinungen, sodass die Reposition vorgenommen wurde, auf welche Abortus folgte. Dass bis zum Ende der Schwangerschaft eine Rückwärtsneigung oder Beugung bestehen könne, wird von den Meisten mit Recht bezweifelt. Der Uterus kann nur so lange im kleinen Becken aufgehalten werden, als er ein Beckenorgan ist: eine Retroversion, in dem Sinne wie sie in der vorliegenden Arbeit gemeint ist, ist im 9. oder gar 10. Schwangerschaftsmonat aus anatomischen Gründen eine Unmöglichkeit.

Ueberblicken wir die aufgezählten ätiologischen Momente, so müssen wir uns, wie in gar vielen medicinischen Fragen bekennen, wie viel noch fehlt an einem klaren Einblick und einer

1) Hecker: Monatsschr. f. Geb tsk· u. Frauenkrkh. 1858. VII. Bd. pag. 287.

Einigung über die Ursachen und das Wesen der retroversio uteri gravidi. Für den eigentlichen Zweck der ärztlichen Bestrebungen, die Therapie, ist es indessen von der grössten Wichtigkeit, wenn allgemein angenommen wird, dass die Harnretention, wenn auch nicht das veranlassende Moment der Entstehung, so doch von dem grössten Einfluss für die Verschlimmerung und die Vervollständigung des Uebels und die Erzeugung von Recidiven, insofern es die erste Pflicht des Arztes ist, in solchen Fällen für möglichst frühzeitige und regelmässige Entleerung der Harnblase zu sorgen.

Am Schlusse meiner Arbeit erlaube ich mir, Herrn Privatdocenten Dr. V. Hueter für die bereitwillige und freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Die Anwendung orthopädischer Apparate bei Kyphose ist in den meisten Fällen erfolglos und zwecklos.

II.

Bei ulcus rotundum ist der Gebrauch der Opiate im Allgemeinen zu verwerfen.

III.

Bei eclampsia parturientium ist die Narkose den Blutentziehungen vorzuziehen.

Friedrich Wilhelm Brand, Sohn des Kaufmanns Diedr. Brand und dessen Gattin Friederike, geb. Zur-Nieden, wurde geboren zu Dortmund am 23. August 1850. Daselbst besuchte er die Elementarschule und das Gymnasium. Im Sommer 1870 besuchte er nach bestandenem Abiturienten-Examen die Universität Marburg, wo er nach einem Studium von 4 Semestern das tent. physic. bestand. Hierauf besuchte er nach einander je ein Semester die Universitäten Tübingen, Leipzig und Strassburg und kehrte im Winter 1873—74 nach Marburg zurück. Er bestand hier zuerst das tentamen rigorosum und darauf im Winter 1874—75 das medicinische Staatsexamen.

Seine Lehrer waren die Herren:

Prof. Beneke, Carius, Claus, Dohrn, Dr. Falk, Dr. Ferber, Dr. Gasser, Prof. Horstmann, Dr. Hueter, Dr. Külz, Prof. Lahs, Melde, Lieberkühn, Mannkopff, Nasse, Roser, Schmidt, Wagener, v. Bruns, Köhler, Liebermeister, Schüppel, Dr. Leichtenstern, Prof. Braune, Credé, Thiersch, Wagner, Prof. Gusserow, Leyden, Lücke und v. Recklinghausen.

Allen diesen hochzuverehrenden Herren fühlt er sich zum tiefsten Danke verpflichtet.